

# JuBO

JUGENDBÜHNE OSTFILDERN E.V.

Kooperationspartner der JuBO sind:  
Die SchaPanesen e.V. und die  
Kinder- und Jugendförderung Ostfildern.

Ansprechpartner:  
**Anna Schmitt (Schatzmeisterin)**  
Oscar-Schlemmer-Weg 40  
Tel. 0176-42542519  
[schatzmeister@jubo.info](mailto:schatzmeister@jubo.info)

## Fördererklärung

**JA! Ich will JuBO unterstützen!!**

Antrag bitte komplett und leserlich ausfüllen

Name, Vorname / Firmenname : \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Spendenbescheinigung erbeten:

**Ich spende jährlich \_\_\_\_\_ €**

Die Spende kann bis zur Abbuchung jederzeit widerrufen werden.  
Sie wird 1 x jährlich am 15.03 mittels Lastschrift erhoben.  
(s. hierzu anhängendes SEPA-Lastschriftmandat)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

WIRD VON JUBO AUSGEFÜLLT

Förderbeginn:  
Mitgliedsnummer:

### Jugendbühne Ostfildern e.V. (JuBO), [www.jubo.info](http://www.jubo.info)

<b>Nils Haumesser</b> (1. Vorsitzender) Corneliusstr. 25 70619 Stuttgart Tel. 0176-32853844	<b>Alexander Hoffmann</b> (2. Vorsitzender) Adolf-Hoelzel-Weg 11 Tel. 0711-1205000	<b>Paula Heilemann</b> (Schriftführerin) Willi-Baumeister-Weg 19 0711-3482207	<b>Anna Schmitt</b> (Schatzmeisterin) Oscar-Schlemmer-Weg 40 Tel. 0176-42542519	<b>erweiterter Vorstand</b> <b>Jakob Steidle</b> <b>Johannes Roser</b> <b>Mia Schmitt</b>
---	---	--	--	--

**Spendenkonto: DE12 6119 0110 0246 7050 00**  
**BIC: GENODES1ESS**

Jugendbühne Ostfildern (JuBO) e.V.  
In den Holzwiesen 14  
73760 Ostfildern

Gläubiger-Identifikationsnummer: *DE13JUB00000934427*

Mandatsreferenz: *WIRD SEPARAT MITGETEILT*

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/wir ermächtige(n) die Jugendbühne Ostfildern (JuBO) e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Jugendbühne Ostfildern (JuBO) e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut Name

-----|---

Kreditinstitut BIC (*nicht zwingend erforderlich*)

IBAN: DE \_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_ \_\_\_\_|\_\_

***DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON***

---

*Name des Mitglieds bei abweichendem Kontoinhaber*

---

Datum, Ort und Unterschrift(en)